

Warszawa, dnia.....

.....
imiona i nazwiska rodziców/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia

.....
adres zamieszkania/telefon/mail

ZGODA NA TERAPIĘ ON LINE

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgodę na **terapię indywidualną / warsztaty¹** :

- **terapię psychologiczną**
- **terapię pedagogiczną**
- **terapię logopedyczną**
- **psychoterapię**
- **inne zajęcia o charakterze terapeutycznym**
- **Wczesne Wspomaganie Rozwoju**

prowadzone przez

Imię i nazwisko dziecka/ ucznia.....

PESEL

Data urodzenia..... **miejsce urodzenia**.....

Adres zamieszkania.....

Przedszkole/Szkoła nr..... **grupa/ klasa**.....

Adres szkoły.....

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie danych osobowych/wrażliwych moich i mojego dziecka dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 7 w Warszawie z siedzibą przy ul. Narbutta 65/71 w celu terapii. Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie danych osobowych/wrażliwych moich i mojego dziecka Oświadczam że, zostałem/am poinformowany/a o dobrowolności podania tych danych, o prawie wglądu w nie oraz do ich poprawiania, usunięcia i okresie przetwarzania Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (art. 6 ust. 1 lit. A oraz art. 9 ust. 2 lit. A). Oświadczam, że zapoznałam/ łem się z klauzulą informacyjną na stronie internetowej poradni oraz w jej głównym korytarzu.

Zabrania się nagrywania i rejestrowania rozmów psychologa/pedagoga/logopedów/terapeutów z klientem Poradni zarówno przez klienta jak i pracownika Poradni.

.....
Podpis ucznia od 13 do 18 lat

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia

¹ Odpowiednie zaznaczyć